



**CENTRE
DE RECHERCHE
DE L'IUSMM**

CENTRE AFFILIÉ À
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Université 
de Montréal **et du monde.**

LE PLAN DE CRISE CONJOINT EN SANTÉ MENTALE: UNE ÉTUDE PILOTE À DEVIS MIXTE

Marie-Hélène Goulet inf. Ph.D.

Christine Cassivi, inf. M.Sc.

Sophie Sergerie-Richard, inf., M.Sc

Christine Genest inf. Ph.D

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

IUSMM.CA

**Fonds de recherche
Société et culture**

Québec 



Problématique

- L'utilisation d'outils de prévention de **crise** impliquant explicitement la personne est peu fréquente malgré son potentiel majeur pour réduire la violence et la coercition
 - Comment impliquer concrètement à la fois l'infirmière et la personne (incluant ses proches) dans la prévention et la gestion des crises?
- Différents plans sont utilisés, mais ils demeurent des initiatives ponctuelles et ils sont peu évalués
 - les directives anticipées
 - les cartes de crises
 - le plan de sécurité
 - le plan de crise conjoint, etc.



Problématique

- Amène beaucoup de variabilité dans la pratique
- Quelles sont les meilleures pratiques?
- Il était une fois... le SIDIIEF 2018 à Bordeaux
 - Plan de crise conjoint: étude en Suisse (Pascale Ferrari et son équipe)
 - Étude de pré-implantation auprès de 42 participants (Drolet-Dostaler, 2016)



Le plan de crise conjoint (PCC)

- vise, **conjointement** entre la personne, ses proches et les intervenants, à **identifier les éléments déclencheurs** pouvant entraîner la personne vers une situation de crise ainsi que **les outils qui les aident** à agir en prévention, durant et après la situation de crise.
- La forme de plan de crise le plus étudié en santé mentale
- A pour assises la **prise de décision partagée**, le **partenariat** et le **rétablissement** (Ferrari et al., 2018)

Projet plan de crise conjoint

But: Adapter le plan de crise conjoint et évaluer sa faisabilité, son acceptabilité et ses retombées préliminaires en milieu québécois

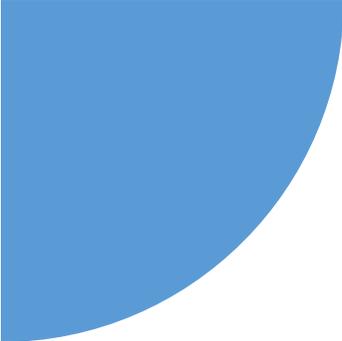
Milieu: 4 unités:

- Urgence psychiatrique
- Unité médico-légale
- Soins intensifs psychiatriques
- Soins aigus psychiatriques

Devis: étude pilote à devis mixte avec approche participative

- Entrevues semi-dirigées auprès de personnes avec troubles mentaux et d'intervenants
- Échelle du climat de prévention de la violence (Goulet et al., 2021)
- Prévalence des mesures de contrôle





Étapes de l'étude

PHASE 1: automne 2020-2021

- Comité d'éthique
- Recension sur le plan de crise
- Mise en place du comité d'experts

PHASE 3: été 2022

Implantation du plan de crise
conjoint (4 unités de soins)

PHASE 5: 2023

Analyses et diffusion

PHASE 2: 2021-printemps 22

- Adaptation du plan de crise
conjoint (Ferrari et al., 2018)
- Développement de la formation
- Collecte de données pré

PHASE 4: automne 22

Évaluation: entretiens
et questionnaires

Phase 1

Mise en place

- Comité d'experts:
 - Patient partenaire
 - Une proche
 - Représentants des équipes de soins
 - Gestionnaires (4 unités et centre de crise)
 - Représentants de la Direction des soins infirmiers et de la Direction santé mentale
 - Équipe de recherche
- Recension sur les plans de crise :
 - *Qu'est-ce qu'un plan de crise?*
 - *Quelles sont ses modalités?*
 - *Quelles sont ses retombées?*

n=78 articles

(Cassivi et al., 2022)

Phase 2

Adaptation

Le plan de crise conjoint
développé en partenariat
avec le comité d'experts

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

de l'Est-de- l'île-de-Montréal Québec  IUSMM  LHL40293	NUM / PRENUM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ NO D'ASS. MALADIE : _____ Exp. : _____ MÉDECIN TRAITANT : Dr _____ UNITÉ / CLIN. / PROG. : _____
	PLAN DE CRISE CONJOINT
Le plan vise, conjointement avec les intervenants et mes proches, à identifier les éléments déclencheurs pouvant m'entraîner vers une situation de crise ainsi que les outils qui nous aident à agir en prévention, durant et après la situation de crise.	
Situation actuelle	
Quel est mon principal défi actuellement?	
Quels sont mes projets de vie actuellement?	
Éléments déclencheurs et signaux d'alarme	
Quelles sont les situations où je me sens dépassé et qui peuvent m'amener vers une situation de crise?	
Comment suis-je concrètement quand je suis en situation de crise? (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)	
Mon entourage m'a-t-il déjà mentionné avoir observé d'autres manifestations lorsque je suis en situation de crise? Si oui, lesquelles?	
Qu'est-ce que je peux faire pour m'aider?	
Quelles sont mes forces qui m'aident lors d'une situation de crise?	
Quelles sont les stratégies personnelles qui m'aident à me sentir mieux et à m'apaiser lorsque je sens que je pourrais perdre le contrôle de mes émotions et comportements?	

Phase 2

Adaptation

Le plan de crise conjoint développé en partenariat avec le comité d'experts (suite)

Nom de l'utilisateur : _____		N° dossier : _____	
Qu'est-ce que les autres peuvent faire pour m'aider?			
Lorsque je commence à perdre le contrôle?		Lorsque je perds le contrôle?	
Qu'est-ce que les autres devraient éviter de faire pour m'aider?			
Lorsque je commence à perdre le contrôle?		Lorsque je perds le contrôle?	
Quelles sont les alternatives possibles aux actions à éviter?			
MES RESSOURCES PERSONNELLES			
Au sein de mon entourage, en cas de besoin, je peux demander de l'aide à :			
Nom, prénom : _____		Téléphone : _____	
Lien avec moi : _____			
En situation de crise, je souhaite que cette personne soit avisée par l'équipe professionnelle d'abord.			
Nom, prénom : _____		Téléphone : _____	
Lien avec moi : _____			
MES RESSOURCES PROFESSIONNELLES			
Au sein des intervenants(es) qui collaborent avec moi, en cas de besoin, je peux demander de l'aide à :			
Nom, prénom : _____		Téléphone : _____	
Rôle : _____			
Nom, prénom : _____		Téléphone : _____	
Rôle : _____			
MES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES			
En cas de besoin, je peux également demander de l'aide à :			
<ul style="list-style-type: none"> • Équipe mobile résolution (service d'écoute et d'accompagnement) (24/7) : 514-321-9592 • Drogues aide et référence (24/7) : 1-800-265-2626 • Pairs Aidants J'écoute (7 jours sur 7 entre 16h et 20h) : 1-888-974-PAIR (7247) • Action autonomie (collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal) : 514-525-5060 • 1-866-APPELLE (24/7) : 1-866-277-3553 • 811 Info Social (24/7) 			

Ce plan de crise conjoint a été rédigé conjointement entre :

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Phase 3

Implantation

- 2 volets:
 - Formation e-learning
 - Formation en présentiel



Plan de crise conjoint

Dans le cadre du projet de
recherche dirigé par
Marie-Hélène Goulet, inf. Ph. D.

Guide d'utilisation abrégé

Inspiré de la formation
de Ferrari et collègues

Projet de recherche en
collaboration avec le CIUSSS
de l'Est de l'Île de Montréal et
l'Université de Montréal

Projet de recherche
subventionné par le Fonds de
recherche du Québec en santé

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal
Québec

Université
de Montréal
et du monde.

Québec
Fonds de recherche - Santé
Fonds de recherche - Société et culture
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Ministère de l'Éducation, du Collège et de la Formation

Phase 4

Évaluation

Implantation



PRÉ

- VPC (25 intervenants et 18 usagers)
- Prévalence des mesures de contrôle et des réadmissions

POST (en cours)

- VPC (10 usagers)
- Entretiens avec:
 - 7 usagers
 - 4 intervenants
- Prévalence des mesures de contrôle et des réadmissions

Après quelques entretiens auprès d'utilisateurs...

- Ils reconnaissent l'utilité d'un tel outil.
- Le PCC leur permet:
 - un moment pour réfléchir à leurs actes et leurs conséquences
 - d'identifier les irritants et de les partager avec l'équipe traitante, en tenant compte de leur propre perspective.
- Ce qu'ils apprécient le moins est le fait que parfois ils ressentent de la culpabilité à la suite de leurs actes ou de leurs réactions.
- Si certains trouvent que les questions sont difficiles à comprendre ou leur semblent redondantes, d'autres trouvent qu'elles demeurent un peu superficielles et qu'elles pourraient aller plus en profondeur ou leur permettre de s'exprimer davantage sur ce qui crée chez eux des situations de crise.

Après quelques entretiens auprès d'intervenants...

- Intégration dans une logique d'évaluation et de gestion du risque.
- Comparé aux outils tels que le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le retour post événement ou post isolement.
- Il doit être perçu comme une manière d'être vis-à-vis le patient. Il doit être incarné. Un intervenant dit que sans le support papier du PCC ce genre de démarche était déjà fait par certains intervenants. Le PCC l'officialise.
- Reconnaissance de la grande nécessité de partager cet outil aux membres de famille. Plus l'outil sera intégré, plus il pourra améliorer le rétablissement.
- Principaux défis:
 - sa complétion. Il est parfois difficile de trouver le bon moment, soit le patient est en crise ou ne reste pas assez longtemps dans l'unité. Selon certains intervenants, le PCC serait plus difficile à faire et à respecter chez les usagers avec un trouble de personnalité limite.
 - Surcharge de travail
 - Trajectoire de soins (d'une unité à l'autre, d'un milieu à l'autre)
 - Définition du rétablissement

Retombées souhaitées

- Amélioration des pratiques en matière de prévention de la crise, notamment à risque de violence et de suicide – et ainsi de la coercition...
 - ...en respectant le droit des patients (liberté individuelle)
 - ...en respectant le droit des intervenants et des proches (sécurité)
- Établir des collaborations « authentiques » et durables avec...
 - usagers et leurs représentants, proches, intervenants, gestionnaires, chercheurs

Information

Marie-Hélène Goulet, Ph.D.

Professeure adjointe à la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal

Chercheuse régulière au Centre de recherche de l'IUSMM

Chercheuse régulière au RRISIQ

Chercheuse associée à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

marie-helene.goulet@umontreal.ca



IUSMM.CA

Références

Baracaia, S., McNulty, D., Baldwin, S., Mytton, J., Evison, F., Raine, R., Giacco, D., Hutchings, A. et Barratt, H. (2020). Mental health in hospital emergency departments: cross-sectional analysis of attendances in England 2013/2014. *Emergency Medicine Journal*, 37(12), 744-751. <https://doi.org/10.1136/emered-2019-209105>

Caplan, G. (1964). *Principle of preventive psychiatry*. Basic Books.

Chavulak, J., & Petrakis, M. (2017). Who experiences seclusion? An examination of demographics and duration in a public acute inpatient mental health service. *Social Work in Health Care*, 56(6), 524-540. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1291464>

Chieze, M., Courvoisier, D., Kaiser, S., Wullschleger, A., Hurst, S., Bardet-Bloch, A., Ourahmoune, A., & Sentissi, O. (2020). Prevalence and risk factors for seclusion and restraint at Geneva's adult psychiatric hospital in 2017. *The European Journal of Psychiatry*.

Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Ménard, G., & Giguère-Allard, M. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 394-402. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010

Gowda, G. S., Lepping, P., Noorthoorn, E. O., Ali, S. F., Kumar, C. N., Raveesh, B. N., & Math, S. B. (2018, 2018/08/01/). Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 10-16. <https://doi.org/10.1016/>

Flammer, E., & Steinert, T. (2015). Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013 [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 6(153). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00153>

Institut national de la santé publique du Québec. (2019). Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux. *Bureau d'information et d'études en santé des populations*, 31. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf

Institut Canadien de la santé. (2011). Mesures de contention et autres interventions de contrôle pour les patients hospitalisés en santé mentale en Ontario. p.20

Lepping, P., Masood, B., Flammer, E., & Noorthoorn, E. O. (2016, September 01). Comparison of restraint data from four countries [journal article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1301-1309. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1203-x>

Références

- McLaughlin, P., Giacco, D., & Priebe, S. (2016). Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLOS ONE*, 11(12), e0168720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168720>
- Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Nijman, H., Widdershoven, G., & Steinert, T. (2015). One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1857-1869. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1094-2>
- Parad, H. J. (1971). Crisis Intervention Dans *Encyclopedia of social work* (vol. 1, p. 196-202). National Association of Social Workers.
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2021). *Intervention en situation de crise et contexte traumatique, 2ième édition*. Chenelière Éducation.